

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Règlement e-IDAS et mobilité en soins de santé

Van Gyseghem, Jean-Marc

Published in:

L'identification électronique et les services de confiance depuis le règlement eIDAS

Publication date:

2016

Document Version

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Van Gyseghem, J-M 2016, Règlement e-IDAS et mobilité en soins de santé. Dans *L'identification électronique et les services de confiance depuis le règlement eIDAS*. Collection du CRIDS, VOL. 39, Larcier, Bruxelles, p. 403-414, L'identification électronique et les services de confiance depuis le règlement eIDAS, Namur, Belgique, 18/03/16.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Règlement e-IDAS et mobilité en soins de santé

Jean-Marc VAN GYSEGHEN^{*, **}

Introduction

1.- Droit à la santé et à la sécurité sociale. Le citoyen belge s'est vu reconnaître, par la Constitution, « le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine »¹. Parmi ces droits, la Constitution reprend le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé ainsi qu'à l'aide sociale, médicale et juridique².

Parallèlement à ce droit ou même de manière complémentaire, la Belgique a développé des instruments informatiques facilitant l'exercice de ces droits que ce soit la Banque-carrefour de la sécurité social ou même les réseaux santés tant au niveau national que régionaux.

Qui dit instruments informatiques, dit également traitement de données à caractère personnel relatifs à la santé (données santé ci-après) avec des corollaires en termes d'accès, modifications, etc.

CHAPITRE I. Accès aux informations patients

2.- Accès aux données sur base de la loi « droits du patient ». L'accès aux données santé est abordé par diverses législations dont la loi du 22 août 2002 relative aux « droits du patient » (loi « droits du patient », ci-après).

* Le présent article ne reflète que les opinions personnelles de l'auteur. Ce dernier est directeur de l'Unité de recherche « Libertés et société de l'information » au CRIDS, avocat au barreau de Bruxelles – www.rawlingsgiles.be

** L'auteur remercie chaleureusement Jean Herveg pour sa relecture et les précieux conseils dispensés.

¹ Const., art. 23, al. 1.

² Const., art. 23, al. 3, 2°.

Le principe de l'accès au dossier médical n'est pas neuf. La jurisprudence antérieure à la loi « droits du patient » – qui n'est pas très abondante en la matière ainsi que le faisait très justement remarquer Madame Isabelle Lutte³ – et la doctrine préconisaient déjà cet accès.

La loi « droits du patient » a donc institué le principe d'un accès direct du patient à son dossier à l'exception des annotations personnelles du praticien professionnel, sauf si le patient est assisté d'un autre praticien professionnel, et les données concernant les tiers⁴.

L'on doit rappeler, ainsi que le faisait très justement remarquer le Conseil National de l'Ordre des Médecins⁵, que ce droit de consultation est une conséquence du droit à l'information du patient.

Il ressort tant de la loi que des travaux préparatoires que le législateur a voulu privilégier l'accès direct afin d'ôter tout sentiment de méfiance dans le chef du patient, méfiance que le patient aurait probablement ressenti si seul un accès indirect à son dossier avait été possible. À noter que cette prédominance de l'accès direct a motivé la modification de l'article 10 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée tel que nous le verrons ci-après.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé précédemment, le patient peut se faire assister soit par une personne de confiance qu'il soit praticien professionnel ou non. Si l'on se trouve dans la première hypothèse (praticien professionnel), ce dernier pourra également avoir accès aux annotations personnelles se trouvant dans le dossier. Il s'agit donc d'une consultation indirecte à ce type de données. L'on doit entendre, par annotations personnelles, les notes qui sont réservées à l'usage personnel du prestataire de soins et que ce dernier « a dissimulées à des tiers, voire aux autres membres de l'équipe de soins, qui ne sont jamais accessibles »⁶.

Par contre, le praticien professionnel assistant le patient ne pourra pas avoir accès aux données concernant des tiers. À noter que cette notion de « données concernant des tiers » n'est développé ni dans la loi ni dans les travaux préparatoires, le législateur se contentant de renvoyer la question au médiateur. Cette absence de tout commentaire à ce sujet est regrettable car cela rend flou une catégorie de données particulièrement bien protégée. À moins que les termes de « données concernant des tiers » soit suffisamment explicites, ce dont on est en droit de douter. Pensons aux

données génétiques qui concernent tant le patient que des tiers sans qu'il ne soit aisé, pour ne pas parler d'impossibilité, d'en faire le tri⁷.

Si le praticien professionnel s'est opposé à la communication des informations en vertu de l'article 7, § 4⁸, cette opposition vaut également pour l'accès de manière directe à son dossier par le patient à condition que cette opposition soit encore pertinente au moment de la demande d'accès. Dans ce cas bien précis, le patient aura dès lors un accès de manière indirecte à son dossier et, uniquement, par l'intermédiaire d'un praticien professionnel. Cela est une interprétation logique dès lors que l'on voit mal comment un patient pourrait accéder à son dossier alors qu'il aurait été considéré comme inapte de recevoir l'information prévue à l'article 7 de la même loi. Adopter une autre interprétation plus littérale constituerait une incohérence dans la loi.

La loi « droits du patient » a également abordé la question de l'accès au dossier d'un patient décédé par des membres de sa famille explicitement énumérés par la loi. Il s'agit de l'époux, du partenaire cohabitant légal, du partenaire et des parents jusqu'au deuxième degré inclus. Cet accès devra s'effectuer par l'intermédiaire du praticien professionnel qui aura été désigné par la personne sollicitant cet accès. Ce droit ne pourra cependant pas s'exercer si le patient décédé s'est expressément opposé, de son vivant, à la consultation par ses proches. En outre, le demandeur doit motiver et spécifier sa demande afin de permettre au médecin d'évaluer le bien-fondé de la demande.

À noter que la rédaction de ce paragraphe fait suite à un avis rendu par la commission pour la protection de la vie privée le 15 juin 2000⁹. La commission s'était déclarée favorable à une telle réglementation qui établissait un droit d'accès limité et que le refus préalable éventuel du patient prévalent. Elle mettait également en exergue le fait qu'il ne pouvait y avoir d'accès automatique mais bien que cet accès serait autorisé après analyse de la demande.

Certains acteurs en soins de santé autres que le patient doivent également pouvoir accéder aux données concernant le patient afin, par exemple, de lui prodiguer des soins adéquats.

3.- Accès aux données fondées sur la loi « vie privée ». La loi « vie privée » s'appuie sur un principe essentiel qu'est la transparence du trai-

³ I. LUTTE, « Le Dossier concernant le patient », in *Actualités de droit médical*, Bruxelles, Bruylant, 2006.

⁴ Art. 9, § 2, al. 3, de la loi « droits du patient ».

⁵ Projet de loi, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. n° 50, 1642/001, p. 29.

⁶ *Ibid.*, p. 33.

⁷ Voy. J.-M. VAN GYSEGHEM, « L'information génétique et le traitement des données à caractère personnel », *Séminaire d'actualité de droit médical – Dossier médical et données médicales de santé*, Bordeaux, Les études hospitalières, 2007, pp. 243-258.

⁸ Voy. *supra*.

⁹ Avis 18/2000.

tement à l'égard de la personne concernée. Ce principe trouve sa consécration, entre autres, dans le droit d'accès qui est accordé à la personne concernée par l'article 10 de la loi¹⁰.

Ainsi,

« Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, toute personne a le droit, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien professionnel en soins de santé, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé.

Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi précitée, la communication peut être effectuée par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé choisi par la personne concernée, à la demande du responsable du traitement ou de la personne concernée ».

Il est utile de rappeler que cet article a été modifié par la loi « droits du patient » dès lors que sa formulation initiale imposait l'accès indirect¹¹, ce qui était contraire au principe d'accès direct.

Pour exercer son droit d'accès, il faut adresser une demande au responsable du traitement en faisant la preuve de son identité (p. ex., en joignant la photocopie de sa carte d'identité, par exemple). La demande peut être envoyée par la poste ou par tout moyen de télécommunication (par télécopieur ; ou par courrier électronique avec apposition d'une signature électronique)¹².

Nous constatons donc que la loi « vie privée » a mis en place les formalités devant être accomplies et qui impliquent l'utilisation de certificat de signature électronique si la demande s'effectue par voie électronique.

CHAPITRE II. Apport des nouvelles technologies à l'accès et carte d'identité électronique

4.- Les bases de données de sécurité sociale. La Belgique a mis en place un réseau de partage de données en matière de sécurité sociale qui est unique en son genre.

¹⁰ J.-M. VAN GYSEGHEN, « La loi dite "vie privée" du 8 décembre 1992 : la transversalité en évolution », *Droits de la personnalité*, Louvain-la-Neuve, Anthemis, 2013, p. 37.

¹¹ Ancienne formulation de l'article 10, § 4, de la loi « vie privée » : « Les données visées à l'article 7 sont communiquées à l'intéressé par l'intermédiaire d'un médecin choisi par lui ».

¹² C. DE TERWANGNE et J.-M. VAN GYSEGHEN, « Analyse détaillée de la loi de protection des données et de son arrêté royal d'exécution », in *Vie privée et données à caractère personnel*, Bruxelles, Politeia, 2013, chapitre 3.2/94.

Ainsi, la Banque-carrefour de sécurité sociale (BCSS, ci-après) est au centre d'un vaste réseau et fait office de moteur dans une dynamique de partage de l'information relative, entre autres, aux assurés sociaux et employeurs.

La BCSS¹³ présente les caractéristiques suivantes :

- Réseau électronique reliant les différentes institutions de sécurité sociale.
- Chaque institution de sécurité sociale est responsable de l'enregistrement et de la tenue à jour des informations contenues dans sa banque de données (sources authentiques).
- Informations contenues dans les différentes banques de données sont accessibles aux autres institutions de sécurité sociale via le réseau grâce au répertoire des références et sur base d'autorisations.
- Les données sociales à caractère personnel sont conservées et gérées par l'institution qui, selon la nature des données, est la plus à même de les exploiter.

Théoriquement, la BCSS sert principalement de carrefour entre institutions de sécurité sociale mais peut également conserver (aspect banque) des données qu'elle traite à des finalités qui lui sont propres.

L'intervention de la BCSS touche le quotidien dès lors que, par exemple, les achats de médicaments sujets à remboursement, total ou partiel, font intervenir la BCSS. Si, dans un premier temps, cela s'effectuait via la carte SIS, cette dernière a été remplacée, pour la majorité des patients, par la carte d'identité électronique et, pour d'autres, par la carte SIS⁺. En réalité, ces cartes permettent de connaître le numéro d'identification de sécurité sociale de la personne (identique au numéro de registre national) et de « [vérifier] directement si le patient est assuré et [déterminer] la somme à lui demander »¹⁴.

Dans cette situation, la BCSS joue le rôle de carrefour puisqu'il permet, en théorie, au pharmacien d'accéder aux bases de données d'assurabilité qui sont gérées et mises à jour par les mutualités. Cela assure une sécurité d'un point de vue de la validité des informations délivrées.

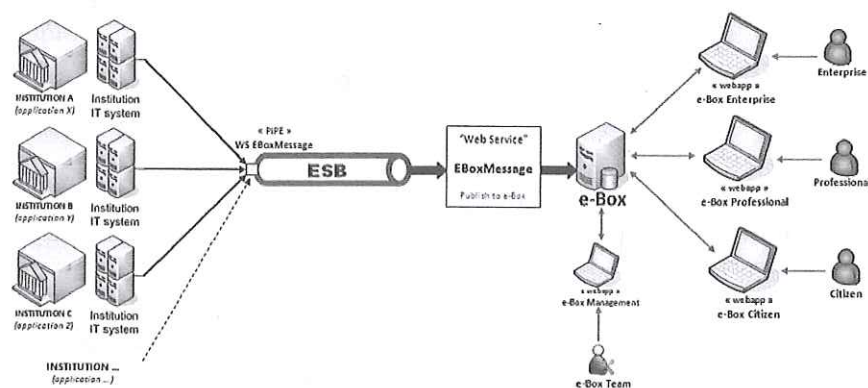
La carte d'identité électronique est donc un instrument important d'accès à l'information relative à la sécurité sociale du patient par le pharmacien, dans ce cas de figure. Peut-on cependant parler d'un accès indirect à ses propres informations par le patient ? Nous ne le pensons pas car, en réalité, le pharmacien accèdera à des informations pour lesquelles il a une autorisation particulière qui lui est propre et indépendante du droit d'accès dont dispose le patient lui-même. Cependant, cette autorisation bénéficie

¹³ Voy. au sujet de la BCSS, E. DEGRAVE, *L'E-Gouvernement et la protection de la vie privée*, coll. CRIDS, Bruxelles, Larcier, 2014, pp. 50 et s.

¹⁴ www.ksz-bcss.fgov.be/fr/bcss/page/content/websites/belgium/services/service_citizen/sis/sisproject/sisproject_10.html#Que-se-passe-t-il-d-64

au patient qui voit ainsi le tiers payant, la mutualité par exemple, intervenir directement dans le paiement partiel ou total du médicament acheté.

La carte d'identité électronique trouve une autre application liée à la BCSS puisqu'elle permet au citoyen d'accéder à son eBox citoyen mis en place par la BCSS.



© KSZ-BCSS

Cet eBox est « une boîte aux lettres électronique sécurisée qui permet aux institutions publiques de transmettre des documents aux citoyens »¹⁵. Il ne s'agit donc pas d'un accès, par le citoyen, aux d'accéder aux informations traitées par la BCSS. Cet eBox est donc uniquement l'exécution du processus de dématérialisation des documents administratifs.

5.- Les bases de données santé. La Belgique peut s'enorgueillir de voir plusieurs réseaux santé se développer sur son territoire ; réseaux qui permettent des échanges d'informations entre praticiens de la santé de manière sécurisée et relatifs à leurs patients s'inscrivant ainsi dans un lien thérapeutique¹⁶. Cela facilite la prise en charge des patients dès lors que les praticiens de la santé ont accès à une série d'informations auxquelles ils ne pouvaient accéder facilement ou rapidement par le passé.

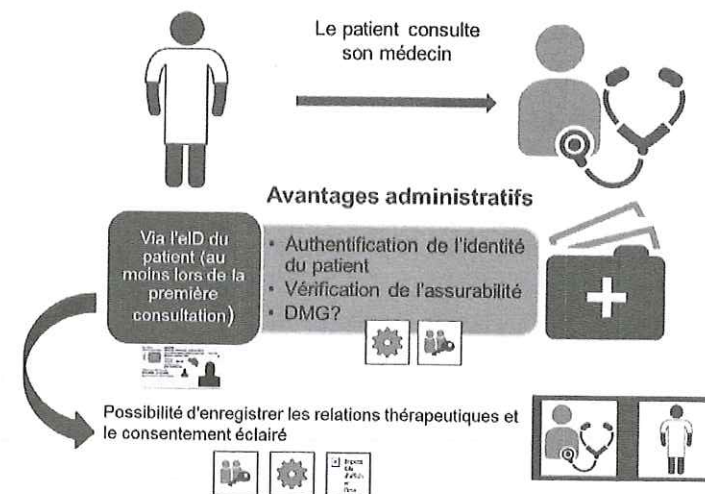
¹⁵ www.ksz-bcss.fgov.be/fr/bcss/page/content/websites/belgium/services/basicservices/faq/ebox_citizen.html#C%E2%80%99est-quoi-eBox-?-17

¹⁶ Voy. Comité sectoriel santé, Délibération n° 11/046 du 17 mai 2011, dernièrement modifiée le 9 juin 2015, relative à la note concernant le consentement éclairé dans le projet des hubs et du metahub et délibération n° 12/047 du 19 juin 2012, dernièrement modifiée le 9 juin 2015, relative au consentement éclairé d'une personne concernée concernant l'échange électronique de ses données à caractère personnel relatives à la santé et au mode d'enregistrement de ce consentement.



© www.reseausantewallon.be/FR/patients/Pages/default.aspx

L'accès à ces réseaux s'effectue par le biais d'authentification pour le médecin mais aussi pour les patients qui souhaiteraient accéder à leur espace dédié contenant, par exemple, la liste des documents référencés par leurs médecins mais également à l'historique des accès.



© www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/fr/ppt/presentation/ehealthgeneral2015_fr.pptx

Si actuellement, l'accès pour le patient est limité à certaines fonctionnalités telles que la gestion des liens thérapeutiques avec les médecins, la gestion des accès au dossier médical pour un ou des médecins, consulter la liste des documents médicaux référencés (sans en voir le contenu), consulter l'historique des accès à un dossier ou à un document, le futur devrait lui donner la possibilité d'accéder à des parties, si pas la totalité, de son dossier médical.

En effet, le principe d'accès direct devrait être mis en œuvre par les réseaux santé afin de permettre à chaque patient de pouvoir accéder à son dossier ou en recevoir une copie. Il s'agirait donc de voir le réseau santé devenir également un outil d'information pour le patient lui-même qui pourrait ainsi exercer pleinement son droit d'accès tel que prévu par la loi « droits du patient ».

Cela n'est cependant pas encore possible pour des raisons techniques par rapport au prescrit de la loi « droits du patient » qui interdit l'accès à certaines données dont celles concernant des tiers ainsi que cela a été analysé ci-dessus.

L'outil utilisé par le patient pour accéder à son espace réservé est, à nouveau, la carte d'identité électronique qui sert d'instrument d'authentification¹⁷.

Cette carte d'identité électronique constitue également un instrument d'authentification pour le praticien de la santé qui doit pouvoir s'identifier dans le système afin d'avoir accès aux informations des patients pour lesquels un lien thérapeutique est établi.

Nous constatons donc que la carte d'identité électronique belge est un instrument utile tant au patient qu'au praticien de la santé dans le cadre des réseaux santé belges.

CHAPITRE III. L'e-IDAS et mobilité en soins de santé

6.- La mobilité du l'assuré social. Il est certain que le citoyen européen est de plus en plus mobile au sein de l'union que ce soit pour des raisons professionnelles ou de loisirs. Cette mobilité ne les met pas à l'abri de soucis de santé que du contraire. Les vacances, par exemple, ne donnent-elles pas lieu à des excès qui souvent se guérissent grâce à l'intervention de médecin ?

L'Europe est attentive à cette dimension et explique que :

¹⁷ Voy. à ce propos, la contribution de C. de Terwangne et E. Degrave dans le présent ouvrage.

« Les systèmes de santé de l'Union sont une composante essentielle des niveaux élevés de protection sociale dans l'Union et contribuent à la cohésion et à la justice sociales, ainsi qu'au développement durable. Ils s'inscrivent également dans le cadre plus large des services d'intérêt général »¹⁸.

En conséquence, l'Union européenne a adopté la directive 2011/24/UE sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

« [Cette] directive a pour but d'établir des règles visant à faciliter l'accès à des soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée dans l'Union, et à garantir la mobilité des patients conformément aux principes établis par la Cour de justice et à promouvoir la coopération en matière de soins de santé entre les États membres, dans le plein respect des responsabilités des États membres en matière de définition des prestations de sécurité sociale liées à la santé et en matière d'organisation et de prestation de soins de santé, de soins médicaux et de prestations de sécurité sociale, en particulier pour la maladie »¹⁹.

Nous noterons que ce considérant réunit, à lui-seul, tous les termes de la présente contribution, à savoir prestation de soins de santé, de soins médicaux et prestations sociales. La mobilité des patients au sein de l'Union européenne implique donc des engagements de remboursement des soins reçus hors de son pays sous certaines conditions.

Le Règlement e-IDAS pourrait permettre une meilleure information des intervenants dans le secteur des soins de santé dans les pays de l'Union européenne qui pourraient éventuellement avoir accès aux informations de couverture sociale grâce à la carte d'identité électronique du citoyen belge. À l'inverse, le citoyen étranger disposant d'une carte d'identité électronique ou tout autre instrument équivalent émis par son pays pourrait également donner accès à ce type d'information aux acteurs de la santé établis sur le territoire belge. Il s'agirait donc de mettre en place une réelle simplification administrative mais au niveau européen grâce à un instrument que tout citoyen pourrait avoir à sa disposition. Il y aurait dès lors une mise en application du principe de libre circulation des citoyens sur le territoire de l'Union européenne.

Encore faut-il évidemment que certaines conditions soient réunies dont :

- La carte d'identité électronique ou tout autre instrument équivalent devrait être adopté par l'ensemble des pays européens. Le règlement e-IDAS offre l'opportunité de permettre à tout citoyen européen « de

¹⁸ Dir. 2011/24/UE sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, considérant 3.

¹⁹ *Ibid.*, considérant 10.

disposer d'une identité numérique reconnues » ainsi que le font très justement observer Mesdames Cécile de Terwangne et Elise Degrave dans leur contribution²⁰. Cela permettrait donc de pouvoir disposer d'un instrument d'identification privilégié qui, mis en corrélation et dans le respect tant de la Directive 95/46 que du futur règlement européen sur la vie privée, pourrait permettre la récolte d'information d'assurabilité en temps réels.

- Des accords entre pays européens, qu'ils soient bilatéraux ou à l'échelle de l'Union européenne, pour accéder aux données d'assurabilité devraient être conclus ;
- Corollaire au point précédent, des répertoires de données d'assurabilité devraient être mis en place dans chaque pays européen. En effet, la multitude d'organismes assureurs dans de nombreux pays européens tel que la France obligera la création de répertoires nationaux ou, à tout le moins, régionaux afin de permettre une consultation aisée des informations. Cela pourrait se faire via un organisme carrefour à l'instar de la BCSS en Belgique.

7.- La mobilité du patient. Les réseaux de soins de santé ont une volonté de passer au-delà des frontières toujours dans un objectif de favoriser le suivi des patients.

En effet, tout citoyen circulant dans le territoire européen est susceptible de devoir y subir des soins médicaux alors qu'il maîtrise mal la langue du pays visité. La communication peut donc s'avérer difficile.

La mise en place de réseaux paneuropéens permettrait à tout praticien de la santé établissant un lien thérapeutique avec un patient européen de consulter les documents pertinents le concernant et ainsi pouvoir établir un diagnostic clair et précis hors tout problème de communication avec le patient.

Cela exige à nouveau des conditions dont :

- La carte d'identité électronique ou tout autre instrument équivalent devrait être adoptée par l'ensemble des pays européens. Le règlement e-IDAS offre l'opportunité de permettre à tout citoyen européen « de disposer d'une identité numérique reconnues » ainsi que le font très justement observer Mesdames Cécile de Terwangne et Elise Degrave dans leur contribution²¹. Cela permettrait donc de pouvoir disposer d'un instrument d'identification privilégié qui, mis en corrélation et

dans le respect tant de la Directive 95/46 que du futur règlement européen sur la « vie privée », pourrait permettre la récolte d'information d'assurabilité en temps réels.

- Des accords entre pays européens pour accéder aux données d'affiliation aux ordres professionnels concernés ;
- Corollaire au point précédent, des répertoires d'identification des praticiens professionnels devront être créés afin de pouvoir s'assurer que la personne souhaitant consulter des données d'un patient est bien habilitée. Cela impliquerait l'aide des ordres professionnels qui pourraient être appelés à mettre en place de tels répertoires professionnels.

Ces réseaux paneuropéens devraient également permettre aux patients de consulter leurs données médicales quel que soit le réseau les traitant et quel que soit le pays dans lequel ce réseau opère. Cela également impliquera que des répertoires soient créés afin de s'assurer que le patient est bien inscrit dans un réseau santé national et que les consentements donnés permettent la consultation. Les systèmes devront être conçus de telle façon que l'on pourra s'assurer de l'existence d'un lien thérapeutique.

8.- Le règlement d'exécution 2015/1501²². Le Règlement d'exécution 2015/1501 de la Commission sur le cadre d'interopérabilité visé à l'article 12, paragraphe 8, du règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur aborde la question d'interopérabilité des schémas nationaux d'identification électronique et constitue ainsi un instrument nécessaire, mais pas suffisant, pour permettre une identification des divers acteurs soins de santé et sécurité sociale d'une part et les patients d'autre part.

Ce règlement s'est largement inspiré du projet STORK2.0 déjà présenté par Mesdames Cécile de Terwangne et Elise Degrave dans le présent ouvrage et constitue une base utile à la mise en place d'une réelle mobilité des citoyens européens en matière de soins de santé et de sécurité sociale.

Le règlement d'exécution met également en place des principes et instruments qui répondent aux conditions énumérées ci-dessus. Ainsi, les nœuds définit comme « étant un point de connexion qui fait partie de l'architecture de l'interopérabilité d'identification électronique et participe au processus d'authentification transfrontalière des personnes et qui a la capacité de reconnaître et de traiter ou d'envoyer des transmissions

²⁰ Voy. à ce propos, la contribution de C. de Terwangne et E. Degrave dans le présent ouvrage.

²¹ *Ibid.*

²² Règl. d'exécution 2015/1501 de la Commission sur le cadre d'interopérabilité visé à l'article 12, paragraphe 8, du règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur.

à d'autres nœuds en permettant à l'infrastructure d'identification électronique nationale d'un État membre de fonctionner en interface avec les infrastructures d'identification électronique nationales d'autres États membres »²³ et leur capacité de communiquer entre eux constitueront une réponse à la condition de mise en place de répertoires permettant d'identifier de manière univoque les patients/assurés sociaux mais également les intervenants dans le domaine des soins de santé et de sécurité sociale.

Si, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, ce règlement d'exécution constitue une première pierre à l'édifice de la mobilité des patients, il faudra compléter l'ouvrage par des accès à des informations détenues par des institutions nationales, tel les mutualités, au moyen de la carte d'identité électronique ou tout autre schéma d'identification électronique.

Le règlement d'identification est un commencement de réponse aux conditions mentionnées ci-dessus mais devra nécessairement être complété par d'autres textes contraignant.

Conclusion

9.- Conclusion. Le règlement e-IDAS et son règlement d'exécution permettent d'envisager une mise en œuvre complète et cohérente de la directive 2011/24/UE sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers mais également d'un échange d'informations nécessaires à la prise en charge des patients étrangers dans le respect, bien évidemment, des règles de protection des données à caractère personnel.

Le règlement e-IDAS et son règlement d'exécution permettront une identification univoque des patients étrangers accédant aux soins de santé d'un pays n'étant pas celui dont ils sont ressortissants.

En cela, il y a une évolution importante mais encore incomplète pour permettre une véritable libre circulation des patients en Europe.

²³ Art. 2 du règlement d'exécution.